**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELĘGNIARKĘ W AMBULATORIUM CHIRURGICZNYM MSPR W SOPOCIE**

**DANE O OFERENCIE:**

Nazwisko i Imię …………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia….…………………………………………………………………

PESEL………………………………………………………………………………………

Adres z kodem pocztowym……………………………...………………………………….

Pełna nazwa prowadzonej działalności gospodarczej …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

NIP…………………………………………………………………………………………….

REGON……………………………………………………………………………………….

 Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr ……………………… prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ………..

Droga informowania oferenta o przebiegu naboru:

e-mail:…………...…………………………………………………………………………….

nr tel. kontaktowego …………………………………………………………………………

adres do korespondencji: …….………………………………………………………………

Staż w zawodzie pielęgniarki ………… lat.

Obecne miejsce zatrudnienia (podać formę zatrudnienia i nazwę zakładu)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Oferuję:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako lekarz w ambulatorium Chirurgicznym w Sopocie ul. B. Chrobrego 10

• stawkę za 1 godzinę dyżuru w ramach udzielania świadczeń ……….zł.,

• proponowany czas pracy ………………………….godz./tyg.

Poniedziałek w godz. od 19:00 do 23:30

Wtorek w godz. od 19:00 do 23:30

Środa w godz. od 19:00 do 23:30

Czwartek w godz. od 19:00 do 23:30

Piątek w godz. od 19:00 do 23:30

Sobota w godz. od 9 :00 do 21:00

Niedziela w godz. od 9:00 do 21:00

inne : ……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

**Załączam następujące dokumenty:**

a. prawo wykonywania zawodu ,

b. dyplom pielęgniarski,

c. dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej oraz numer NIP i REGON,

d. kopię zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy, kopię orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,

e. kopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie, że odpis polisy dostarczy w dniu podpisania umowy.

**Nazwa banku i numer konta**

………………………………………………………………..……………………………

……………………………………………………………………………………………..

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o rekrutacji i projektu umowy i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia rekrutacji.

Data i podpis ………………………………………………